Ústav hematologie a krevní transfuze
U Nemocnice 2094/1, 128 00, Praha 2

Objednávka zboží číslo: 2502042L3

Datum vystavení: **11.8.2025**

OBJEDNAVATEL:

IČ: **00023736**
DIČ: **CZ00023736**
Banka: **ČNB**
Číslo účtu: **31438021/0710**
Jsme plátci DPH.

DODAVATEL:

PHARMOS, a.s. Brandýsek

Slánská 79/79
27341 Brandýsek
IČ: 19010290
DIČ: CZ19010290

Vyřizuje:	Telefon:	Mobil:	E-mail:	Útvar:	**Zakázka č:**	Měna: 1 /

Mn.	MJ	Název zboží	Jednotková cena	Cena základ	DPH [%]	DPH celkem	Cena celkem
	ks	DIPROSONE 0,5MG/G CRM 30G *Katalogové číslo:* *Kód SÚKL: 0262139*					
	ks	FUROSEMIDE KALCEKS 10MG/ML INJ/INF SOL 10X2ML *Katalogové číslo:* *Kód SÚKL: 0251021*					
	ks	ALTUVOCT 500IU INJ PSO LQF 1+1X3ML ISP+INF SET *Katalogové číslo:* *Kód SÚKL: 0272414*					
	ks	ALTUVOCT 3000IU INJ PSO LQF 1+1X3ML ISP+INF SET *Katalogové číslo:* *Kód SÚKL: 0272418*					
	ks	ALTUVOCT 4000IU INJ PSO LQF 1+1X3ML ISP+INF SET *Katalogové číslo:* *Kód SÚKL: 0272419*					
Celkem:				**7 042 270,57**		**845 072,46**	**7 887 343,03**

PODMÍNKY FAKTURACE: Číslo objednávky (objednávek) nebo smlouvy (smluv) musí být uvedeno v dodacím listu, nákladním listu i na faktuře.
Na faktuře musí být rozepsány částky po položkách s uvedením jednotlivých zakázkových čísel.
Nebudou-li tyto podmínky splněny, bude faktura vrácena zpět dodavateli k doplnění.
Faktura bude uhrazena až po doplnění z Vaší strany. Termín splatnosti 30 dnů od data obdržení faktury.